ÉTUDE

SUR LE

BUBON SYPHILITIQUE SUPPURÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Mars 1908

PAR

Joseph CAUCANAS

Né à Thézan-les-Béziers, le 3 avril 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GILIS, *président.*	MM. VIRES, *agrégé.*
TÉDENAT (✻), *professeur.*	VEDEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR CAUCANAS

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

CAUCANAS

AVANT-PROPOS

Avant d'accomplir l'acte ultime de nos études, nous nous sentons envahi par une douloureuse émotion. Nous aurions voulu offrir cette suprême joie de nous voir soutenir notre thèse à celui qui, toute sa vie, nous prodigua, d'une main qui ne comptait pas, tant de preuves de son affection. Nous aurions voulu offrir ce modeste travail à notre père bien aimé, qui n'avait qu'une seule ambition : celle de voir un de ses fils recevoir un jour, comme lui, le diplôme de Docteur.

L'implacable et jalouse destinée n'a point voulu nous réserver ce bonheur, auquel pourtant nous avions droit ; elle nous laisse l'unique consolation de nous rappeler les trésors de bonté de celui qui n'est plus, ses judicieux conseils, sa féconde expérience. Son souvenir restera gravé en nous, impérissable et réconfortant.

C'est à la mémoire chérie de notre père que nous dédions cette thèse.

Notre mère nous a toujours donné les marques d'un vif amour ; dans les moments difficiles surtout, nous avons senti combien nous lui sommes cher ; elle peut être assurée que notre bonheur le plus grand sera de faire son propre bonheur.

Nous garderons toujours le souvenir de la profonde affection que nous ont témoignée ceux de nos parents auprès desquels nous avons vécu nos principales années d'étude.

Nous ressentons vivement la sympathie qu'ont pour nous

MM. les professeurs Gilis et Tédenat en acceptant de présider aujourd'hui la soutenance de notre thèse. Nous avons depuis longtemps admiré leur brillant enseignement. Nous les prions d'agréer ici l'expression de nos sentiments respectueux et de notre reconnaissance pour l'amabilité dont ils ne se sont jamais départis à notre égard.

Que M. le doyen Mairet veuille bien nous permettre de lui témoigner toute notre gratitude, pour nous avoir accueilli toujours aimablement dans sa clinique et s'être constamment intéressé à nous pendant le cours de nos études.

M. le professeur-agrégé Vedel a bien voulu nous diriger dans notre tâche ; c'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, c'est à lui que nous devons les principales observations inédites de notre travail ; nous lui réitérons ici nos plus sincères remerciements.

Nous sommes profondément touché de la simplicité toute charmante avec laquelle M. le professeur Vires nous a toujours accueilli ; il ne nous a jamais ménagé ses bons conseils ; il vient de nous donner aujourd'hui encore une nouvelle marque de sympathie en acceptant avec empressement une place dans le jury de notre thèse ; nous garderons de lui un souvenir ineffaçable.

Nous serons flatté si MM. les professeurs Grasset, Carrieu, Soubeyran, Guérin-Valmale, Gagnières, Poujol, Lagriffoul, Riche, Cabanes nous conservent l'amitié qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous ne voulons pas omettre, dans ce concert de sympathies affirmées, d'adresser un cordial souvenir à M. Izard, secrétaire général de la Faculté, qui nous a toujours soutenu et encouragé dans l'accomplissement de nos études.

Il est encore un très large tribut de reconnaissance et de remerciements que nous réservons à notre excellent ami Margarot, interne des hôpitaux, pour les documents qu'il

nous a gracieusement offerts dans la confection de ce travail.

Enfin qu'il nous soit permis d'exprimer notre affection bien sincère à tous nos amis dévoués de Montpellier. Point n'est besoin de mettre des noms ; ceux qui ont partagé avec nous les bonnes et les mauvaises heures de notre vie d'étudiant se reconnaîtront aisément dans ces quelques lignes, qu'ils voudront bien considérer comme gage de notre vieille amitié ; aux jeunes camarades que nous laissons, nous souhaitons d'heureuses études couronnées de succès ; à nos vieux amis une carrière pleine de prospérité et de bonheur.

Dr J. CAUCANAS.

ÉTUDE

SUR LE

BUBON SYPHILITIQUE SUPPURÉ

INTRODUCTION

Définition. — On désignait autrefois sous le nom de bubon toutes les adénites inguinales (βουϐων aine) quelle que soit leur cause.

Le terme de peste bubonique en est une preuve.

Les engorgements ganglionnaires de l'aine reconnaissant généralement pour cause une lésion des organes génitaux externes, on a peu à peu réservé le nom de bubon aux seules adénites vénériennes.

Division. — Depuis les travaux de Ricord, on sait qu'il y a trois sortes de bubon :

1° Le bubon blennorrhagique ;
2° Le bubon chancrelleux ;
3° Le bubon syphilitique.

Caractères cliniques de ces bubons. — Ils sont dus chacun à une cause spéciale et cette différence de nature entraîne un tableau clinique particulier pour chacun d'eux.

Alors que les bubons blennorrhagique et chancrelleux s'accompagnent de rougeur de la peau, de douleur, d'adhérence aux tissus voisins, et enfin de suppuration, le bubon syphilitique se distingue par son indolence, par sa mobilité, par sa dureté ; il ne suppure jamais.

L'adénopathie syphilitique, dit Ricord, est essentiellement froide, autrement dit le bubon qui suppure n'est pas syphilitique et jusqu'à nos jours presque tous les auteurs sinon la totalité ont vécu sur la foi de cet axiome.

Cette règle du grand syphiligraphe se trouve vérifiée dans la majorité des cas, elle comporte cependant des exceptions qui n'ont peut-être pas été mises en relief comme il convenait.

Notre intention n'est pas, en prenant pour sujet de notre thèse inaugurale, la suppuration du bubon syphilitique, de nous inscrire en faux contre les paroles mémorables d'un homme qui, à lui seul, a fait plus pour la syphilis que tous ses prédécesseurs.

Nous avons eu, dans un court espace de temps, l'heureuse fortune de recueillir dans le service de M. le Professeur Vedel, quatre observations très nettes de bubon syphilitique à marche inflammatoire aiguë ; les recherches bibliographiques que nous avons faites, nous ont appris que les cas semblables sont moins rares qu'on ne pourrait le supposer ; il nous a paru intéressant de signaler ces exceptions à la règle de Ricord, mais notre seul but a été de démontrer l'existence de phénomènes inflammatoires aigus qu'il est utile de connaître, pour pouvoir les rapporter à leur véritable cause et éviter ainsi de graves erreurs de diagnostic.

C'est dire que notre étude est purement clinique et que nous ne nous sommes occupé en aucune façon de la nature exacte de la suppuration des ganglions syphilitiques.

Il nous a paru cependant que l'allure clinique et l'évolution spéciales de l'adénopathie syphilitique suppurée permettent de supposer que dans nos observations nous n'avons pas affaire à une infection surajoutée, mais que les ganglions syphilitiques ont suppuré pour leur propre compte.

Il est permis de se demander si le *tréponème* n'est pas en cause. Le problème qui se pose est du plus haut intérêt et ne peut être résolu que par des recherches de laboratoire ultérieures ; mais quelle que soit son importance, nous ne faisons que le signaler. Notre étude est purement clinique, nous nous proposons simplement d'établir la réalité de la suppuration des ganglions syphilitiques et de mettre en garde contre les graves erreurs de diagnostic que l'on peut commettre lorsqu'on ignore leur possibilité. Nous n'avons aucune prétention d'originalité dans une étude encore moins qu'ébauchée jusqu'alors ; nous rapportons simplement quelques observations qui, rapprochées de plusieurs autres, nous ont paru dignes d'être livrées à la publicité ; nous demanderons seulement à nos juges, avant d'entrer de plain pied dans le cœur du sujet, de nous être favorable et de nous aider de toute leur bienveillance.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire du bubon syphilitique se rattache étroitement à celle des théories sur la nature des maladies des organes génitaux. Ricord a eu le mérite de préciser les différences qui existent entre les trois drames de la trilógie vénérienne. Malheureusement il a exclu du cadre de la vérole, tous les bubons suppurés. Les trois cas d'adénopathie syphilitique inflammatoire qu'il cite dans ses leçons ne lui paraissent pas ressortir de cette infection. Il les considère comme de nature scrofuleuse et les observations qu'il rapporte paraissent donner raison à cette manière de voir, en ce qui concerne ces cas particuliers.

Il semble donc que l'historique du bubon suppuré, coïncidant avec le chancre syphilitique, reste limité à la période qui a suivi les travaux de Ricord ; cependant les anciens auteurs signalent des relations entre des suppurations inguinales consécutives à des lésions des organes génitaux et accompagnées d'accidents qui paraissent appartenir d'une façon manifeste à la syphilis constitutionnelle.

Hippocrate rapporte l'observation de malades qui « eurent des aphtes et des ulcérations de la bouche ; fluxions fréquentes sur les parties génitales ; ulcération, tumeur au dedans et au dehors, *gonflement dans les aines*,

ophtalmies humides longues et douloureuses ; carnosités aux paupières en dedans et en dehors, qui firent perdre la vue à beaucoup de personnes et que l'on nomme des fies. Les autres plaies et les parties génitales étaient aussi le siège de beaucoup de fongosités. Dans l'été on vit un grand nombre d'anthrax et autres affections que l'on nomme septiques ; des éruptions pustuleuses et tendues ; chez beaucoup, de grandes éruptions vésiculeuses. »

Les Romains connaissaient l'origine vénérienne des bubons suppurés. Martial reproche à Lanfreia la courtisane les cicatrices qui labourent ses aines.

« *Aut infinito lacerum patit inguinem hiatu* »

Pourtant Celse se contente de mentionner la suppuration des glandes inguinales sans rien dire de leur cause.

Galien (De locis affect. lib. II, cap. VIII) signale également les tumeurs de l'aine.

Les Arabes et les arabistes parlent des bubons suppurés, mais aucun ne signale l'apparition consécutive d'accidents secondaires.

Du XIVe au XVIe siècle, la connaissance plus exacte des accidents syphilitiques permit d'opposer très nettement les adénopathies froides et indolentes de la vérole, au bubon suppuré.

Fallope (Aphrodisiacus, cap. XV) le premier mentionne le bubon syphilitique, qu'il considère comme une affection nouvelle. A ce moment on distinguait par conséquent d'une façon très nette les adénopathies syphilitiques froides des bubons chancrelleux suppurés.

Malheureusement vers le milieu du XVIe siècle les théories unicistes se font jour et bien que l'observation clinique établisse une différence très nette entre les

bubons suppurés qui ne sont jamais suivis d'accidents de la syphilis constitutionnelle et les bubons anaphlegmasiques qui sont toujours suivis de ces accidents. Nicolas Massa, Thieury de Hery, Ambroise Paré, Rondelet admettent l'origine syphilitique de tous les bubons suppurés et se contentent d'ajouter qu'ils ne sont presque jamais accompagnés d'autres manifestations syphilitiques.

Il faut arriver aux travaux de l'école du midi et à la division définitive de la maladie vénérienne en trois affections différentes, pour que l'attention des syphiligraphes soit attirée sur les adénopathies syphilitiques qui présentent une allure inflammatoire.

Malheureusement la plupart des élèves de Ricord se sont contentés d'apporter des statistiques, qu'il est utile de consulter, mais qui ne permettent pas d'établir d'une façon rigoureuse la spécificité de la suppuration.

Bassereau, Jullien, Rollet, Fournier, Turati ont donné des chiffres qui établissent que sur 100 bubons syphilitiques, il y a une proportion de 2,9 cas d'abcès ; Robert Melchior (Nouveau traité des maladies vénériennes 1861), cite quelques observations; le seul travail qui ait été fait à ce sujet est celui de Larat (thèse 1881) qui rapporte 5 observations personnelles.

CHAPITRE II

ETUDE RAPIDE DU BUBON SYPHILITIQUE CLASSIQUE

Certains des caractères de l'adénite syphilitique habituelle se retrouvant dans l'adénite suppuré, nous croyons utile de résumer rapidement la symptomatologie du bubon anaphlegmasique et indolent de la vérole.

L'adénite, d'après M. Ricord, ne ferait jamais défaut dans le chancre syphilitique ; elle serait, pour nous servir de son expression, *le compagnon obligé de celui-ci.* Toutefois, il en est de l'adénite comme de l'induration : on la déclare constante uniquement parce qu'elle est très générale, et qu'on ne l'a jamais vue manquer dans les cas de chancres syphilitiques, surveillés à cet effet depuis le commencement jusqu'à la fin de leur évolution.

M. Bassereau a noté l'état des ganglions dans 380 cas de chancres syphilitiques suivis d'accidents secondaires. 25 fois l'adénite fit défaut.

Fournier, sur 265 cas du même genre, a pu constater l'adénite 260 fois.

Rollet a rarement vu l'adénite ne pas faire cortège au chancre syphilitique ; aussi, en se basant sur sa grande expérience, on peut dire que la loi formulée par M. Ricord est très générale et passible seulement de quelques rares exceptions, peut-être dues à ce que l'examen n'a pas été approfondi ou pratiqué en temps utile.

Dans les inoculations syphilitiques artificielles, c'est en moyenne au bout de 11 jours après le début du chancre que l'adénite s'est montrée. M. Ricord professe aussi que c'est dans le courant du premier ou du second septenaire que cette adénite se déclare. Rollet a vu celle-ci avoir un développement précoce, contemporain de la période de début du chancre, ou tout au moins de la période de progrès.

Le nombre, l'étendue, la profondeur, le degré d'induration des chancres ne paraissent pas avoir d'influence marquée sur l'adénite. Le siège des chancres a, au contraire, une influence déterminante sur celui de l'engorgement ganglionnaire, qui porte toujours sur les vaisseaux et les glandes en rapport d'absorption avec l'ulcération chancreuse. Le ganglion auquel aboutissent plus particulièrement les lymphatiques partis de l'accident primitif est généralement plus volumineux que les autres. C'est l'*étoile de première classe de Diday, le ganglion direct ou anatomique de Ricord*.

L'adénite syphilitique qui accompagne le chancre primitif se présente sous deux formes principales : dans l'une un seul ganglion est affecté : c'est l'adénopathie monoganglionnaire; dans l'autre plusieurs ganglions sont pris en même temps ou successivement : c'est l'adénopathie polyganglionnaire.

Dans l'adénopathie monoganglionnaire l'engorgement porte uniquement sur le ganglion de Ricord. La tuméfaction de la glande n'est pas très considérable. Celle-ci ne dépasse pas le volume d'une noisette ou d'une noix. Elle est toujours mobile sous la peau, et remarquablement dure ; suivant l'expression de Ricord, on dirait que « l'induration chancreuse s'est transportée dans le ganglion ».

Un des caractères les plus remarquables de l'adénopa-

thie primitive, c'est son indolence aphlegmasique. Il y a beaucoup de cas où elle est absolue depuis le commencement jusqu'à la fin. La nouvelle lésion, qui se développe dans les aines ou ailleurs, ne cause aucune gêne sérieuse et le malade ne la découvre qu'accidentellement.

L'adénite syphilitique n'a pas de tendance naturelle à la suppuration : c'est une adénopathie essentiellement froide : « Par lui, même en dehors de toute excitation étrangère, a dit Ricord, le bubon symptomatique du chancre infectant ne suppure jamais ».

Fournier prétend qu'on n'a jamais noté de bubons inflammatoires dans les observations de syphilis expérimentale et qu'en clinique il a trouvé de très rares cas.

L'inflammation des ganglions syphilitiques a une marche lente, cependant elle arrive en général au summum de son développement au bout d'un à deux septenaires, à moins qu'elle ne prenne de grandes proportions.

Elle a une durée variable mais toujours assez longue. Elle persiste le plus souvent à l'époque où éclatent les accidents secondaires ; sa durée moyenne est d'un mois à six semaines : elle peut persister plusieurs mois et même, comme l'induration du chancre, plusieurs années. Le traitement général et local a sur elle une grande influence.

En résumé les adénopathies syphilitiques primitives présentent trois caractères essentiels :

Leur dureté, leur mobilité, leur indolence.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS DE BUBONS SYPHILITIQUES INFLAMMATOIRES

Nous venons de voir dans le chapitre précédent, combien est rare pour les classiques la suppuration d'un bubon syphilitique. Les documents que nous avons à notre disposition pour établir l'histoire clinique de ces bubons sont peu nombreux. Nous ne possédons qu'une seule observation de Robert Melchior, cinq observations de Larat et nos quatre observations personnelles.

Les statistiques ne peuvent nous renseigner que sur la fréquence de ces bubons syphilitiques et encore ne devons-nous pas trop tabler sur elles car on ne sait si toutes les suppurations de bubons syphilitiques qu'elles mentionnent ne relèvent pas d'une autre cause.

Bassereau a observé 16 bubons syphilitiques suppurés sur 368.

Rollet en a observé 17 sur 320 ; Robert Melchior, 5 sur 33 ; Fournier, seulement 3 sur 265 chez les hommes, et 5 sur 201 chez les femmes.

Le chiffre de Turati est encore plus faible : il ne rapporte que trois observations de bubon suppuré sur 493.

Les cinq observations de Larat ne nous paraissent pas toutes également démonstratives en ce qui concerne la spécificité de la suppuration.

Sa première observation porte sur un chancre syphilitique de la lèvre inférieure avec suppuration du ganglion anatomique de la pléiade sous-maxillaire gauche sans modification de chancre.

Dans ce cas le chancre paraît avoir été le siège d'une infection secondaire, car il a été suivi d'un œdème considérable de la lèvre inférieure sur laquelle il est survenu, et la suppuration du ganglion qui s'est accompagnée d'une fièvre légère et d'un état gastrique assez marqué paraît nettement causée par cette infection secondaire. Du reste l'adénopathie syphilitique sous maxillaire revêt souvent cette allure inflammatoire, car la bouche est un milieu éminemment septique et la moindre ulcération ouvre la porte à de nombreux microbes; aussi ne pouvons-nous citer ce cas qu'en faisant quelques réserves.

L'observation II du même auteur que nous reproduisons ici ne nous paraît pas non plus très démonstrative.

Chancre syphilitique du frein de la verge

Homme vigoureux. Au bout de 15 jours de chancre, bubon suppure à droite sans provocations. Cicatrisation au bout de 8 jours. Encore au lit, bubon suppuré à gauche. Guérison complète au bout de 8 jours.

M... (Eugène), journalier, 20 ans, entre le 16 mars 1880, salle Saint-Louis, n° 1, hôpital Saint Louis, service de M. le docteur Hillairet.

Il est porteur d'un eczéma suintant des bourses qui a fait son apparition depuis déjà plus d'un an: outre l'eczéma on remarque au même endroit des tubercules muqueux ayant tout à fait l'aspect syphilitique. Interrogé à ce sujet, M... raconte qu'il est rentré à la fin de décembre 1879 dans le service de M. Fournier, pour un chancre induré du gland. A peine était-il rentré dans le service et sans

qu'il se fût fatigué d'aucune sorte, survint dans l'aine droite une grosseur qui ne tarda pas à devenir volumineuse et très sensible au toucher. Au bout de 15 jours, cette tumeur était en pleine suppuration et se cicatrisait 8 jours plus tard. La cicatrisation venait de s'achever quand apparut sous l'aine gauche une tumeur semblable à la première qui ne tarda pas à suppurer et suivit la même évolution que sa congénère du côté opposé après l'avoir fait beaucoup souffrir.

Aujourd'hui on constate, en effet, une cicatrice bilatérale allongée dans le sens du pli de l'aine, tranchant par sa couleur blanche sur le fond de l'eczéma rubrum qui existe à ce niveau. Outre les tubercules muqueux disséminés des bourses on trouve une pléiade inguinale bilatérale composée de ganglions petits, durs et roulant sous le doigt ; les ganglions cervicaux présentent les mêmes caractères.

Au niveau du sillon balano-préputial, vers le frein de la verge on constate une large induration très résistante au doigt, indice du chancre infectant aujourd'hui cicatrisé.

Bains d'amidon ; 1 pilule de protoiodure, gargarisme au chlorate de potasse.

Le 18. — Etat stationnaire de l'eczéma ; les tubercules muqueux se cicatrisent.

Le 31. — Le malade sort incomplètement guéri et sur sa demande.

Dans cette observation nous voyons sans doute que le bubon suppuré, survenu à droite au bout de 15 jours de chancre, est apparu lorsque le malade était au repos, et par suite sans apparence de provocations extérieures ; il convient cependant de faire des reserves, car le malade

avait un eczéma suintant des bourses. Les lymphatiques de cette région aboutissant aux ganglions inguinaux, il n'est pas impossible que des infections secondaires se soient faites à ce niveau et aient déterminé la suppuration.

Observation III

(Larat)

Homme vigoureux. Deux mois après la cicatrisation d'un chancre syphilitique du fourreau, fatigues et adénite gauche suppurée ; cicatrisation au bout de quinze jours d'évolution complète.

L..., boucher, âgé de 22 ans, se présente à la consultation le 2 mars 1880, porteur d'un bubon de l'aine gauche, gros comme un œuf de poule, très douloureux et fluctuant : on l'incise de suite ; il sort une quantité assez considérable de pus de bonne nature et le malade est admis dans la salle Saint-Louis, n° 66, service de M. le docteur Hillairet, à l'hôpital Saint-Louis. C'est un garçon vigoureux, sans antécédents particuliers ; il y a quinze mois il eut une blennorrhagie assez longue et fort douloureuse qui fut suivie d'une orchite Il y a trois mois apparut, un peu au-dessous du prépuce et sur la peau, une écorchure qui dura environ un mois ; aujourd'hui, du reste, on sent encore l'induration, et il existe une légère cicatrice au niveau de la peau qui est un peu plus pigmentée que celle du voisinage. Vers son déclin cette ulcération s'accompagne de maux de gorge, assez rebelles, dont le malade souffre encore aujourd'hui et pour lesquels il ne consulta pas plus que pour son ulcération. A la suite de travaux un peu plus considérables que de coutume, il y a huit jours, apparut dans l'aine gauche une grosseur qui augmenta peu à peu, devint très douloureuse

à la pression, fut le siège de battements, et enfin amena le malade à l'hôpital où elle fut ouverte le 2 mars, jour de l'entrée.

Etat actuel.—Outre les caractères de la cicatrice cutanée, qui à eux seuls permettent de porter le diagnostic de chancre infectieux, il existe des signes non douteux d'infection syphilitique. Les amygdales sont couvertes de plaques muqueuses, tant ulcérées qu'opalines, de même que la luette et le voile du palais, gênant beaucoup la déglutition. Les ganglions sous-maxillaires et de la nuque sont durs, non douloureux et roulent sous le doigt. Dans l'aine gauche, pléiade ganglionnaire offrant les mêmes caractères et très marquée; le chancre, du reste, siégeait un peu à gauche de la ligne médiane : au milieu de ces ganglions, tumeur plus volumineuse représentée par le ganglion qui suppure ; la peau qui l'entoure est un peu rouge mais beaucoup moins enflammée que dans une adénite simple. A droite, pléiade moins bien marquée ; les ganglions sont égaux en volume.

Le 4. - La voix est un peu éteinte ; il existe certainement des plaques muqueuses laryngées ; sous l'influence des gargarismes au chlorate de potasse et d'une pilule de protoiodure les plaques muqueuses des amygdales se détergent. Le bubon de l'aine gauche suppure toujours un peu ; l'état général est bon. Pas de plaques muqueuses à l'anus ni sur les bourses.

Le 10. — La cicatrice se ferme et s'ouvre alternativement, les plaques muqueuses sont presque disparues, les adénopathies généralisées persistent.

Le 15. — Le malade sort complètement guéri de son bubon à la place duquel se voit une petite cicatrice linéaire.

Dans cette troisième observation, il est difficile d'expliquer la suppuration du bubon syphilitique par une infection secondaire ; le chancre paraît avoir été normal et on ne trouve aucune porte d'entrée capable d'expliquer une inflammation consécutive ; cependant nous devons remarquer que le ganglion a été mis en état de moindre résistance par les travaux pénibles auxquels s'est livré le malade. Ceux-ci ne paraissent avoir agi que comme cause prédisposante.

Observation IV

(Larat)

Homme vigoureux. Chancre syphilitique du gland. Un peu de fatigue. Bubon suppuré de l'aine droite ayant évolué, y compris la cicatrisation, en quinze jours.

S..., 29 ans, homme de peine, entre le 29 juin 1880, salle Saint-Louis, n° 73, hôpital Saint-Louis, service de M. le docteur Hillairet. Il est porteur d'un chancre induré siégeant en haut sur le sillon balano-préputial et datant d'un mois environ. Depuis cette époque est apparue une plaie inguinale bilatérale. Une pilule de protoiodure. Gargarisme. Chlorate de potasse.

Le 8. — Le chancre commençait à se cicatriser quand le malade, qui est assez robuste, joue dans la cour avec les autres malades à un jeu qui nécessite des courses répétées et fatigantes.

Le 9. – En se réveillant, il sent une douleur assez vive dans l'aine droite et constate à cet endroit une grosseur du volume d'une petite noix.

Le 10. — Il garde le lit et souffre de l'aine droite, les douleurs se calment par le repos; mais s'il essaye de se lever,

elles deviennent beaucoup plus vives aussitôt qu'il a marché.

Le 14. — Le ganglion est très douloureux à la pression, il roule sous le doigt et n'est accompagné d'aucune rougeur de la peau.

Cataplasmes en permanence.

Le chancre est pansé à l'iodoforme. 2 pilules de Dupuytren.

Le 15. — La peau de nouveau est un peu rouge ; quelques élancements se sont fait sentir ; seul le ganglion anatomique paraît très pris, les autres ganglions n'étant pas douloureux.

Le 17. — Constipation depuis quatre jours ; un verre d'eau de Sedlitz ; le bubon n'a pas diminué de volume, mais il est peut-être un peu moins douloureux.

Le 20. — La nuit a été mauvaise; le malade a beaucoup souffert de douleurs spontanées avec quelques élancements exagérés par les mouvements. Le matin on constate un peu de fluctuation, et un coup de bistouri donne issue à une certaine quantité de pus bien lié.

Le 22. — Le malade est très soulagé ; cataplasmes en permanence ; peu de suppuration.

Le 24. — La cicatrisation est presque fermée; néanmoins la résolution ne s'est pas complètement effectuée, il reste un cordon dur en lieu et place du ganglion mesurant la hauteur de ce dernier.

Le 27, le malade sort guéri, sans fistules, avec un peu d'induration persistante.

Dans ce cas comme dans le cas précédent, la suppuration paraît avoir été facilitée par l'adjonction d'une cause prédisposante, qui aurait été la fatigue.

Observation V

(Larat)

Chancre syphilitique du gland datant d'un mois. — Pas de fatigue.
Adénite inguinale tendant à la suppuration. Homme vigoureux.

X..., 20 ans, mouleur en cuivre, se présente à la consultation de M. le docteur Hillairet, hôpital Saint-Louis, le mardi 28 juillet 1880, porteur d'un chancre induré du gland caractéristique. Depuis un mois déjà le chancre est apparu ; aujourd'hui du reste il tend vers la guérison. Le malade vient consulter pour une grosseur qu'il porte dans l'aine droite et qui le fait souffrir depuis 5 ou 6 jours. En l'examinant, on constate, en effet, outre le chancre déjà indiqué, une pléiade ganglionnaire du côté gauche ; les ganglions atteints sont durs au toucher et roulent sous le doigt, ils sont peu ou pas douloureux. A droite, au contraire, on trouve un ganglion volumineux gros comme un petit œuf de poule, roulant également sous le doigt et fort douloureux à la pression. Facilement isolable et mobile, recouvert par une peau normale, il paraît n'avoir provoqué aucune périadénite de voisinage. Il existe également dans l'aine droite quelques petits ganglions, mais beaucoup moins volumineux. Le malade, du reste, ne paraît pas s'être fatigué plus que de coutume, il est de bonne constitution ; il n'y a pas encore chez lui de traces d'accidents secondaires. Le chancre ne présente rien de spécial.

On prescrit le repos et des cataplasmes en permanence.

Mardi 5 juillet. — Le malade revient à la consultation : sous l'influence du repos, la tuméfaction ganglionnaire a

un peu diminué, la douleur est également moindre ; il n'existe aucune trace de fluctuation. Même traitement.

Le malade n'est plus revenu.

Observation VI

(Due à Robert Melchior.)

Nouveau Traité des maladies vénériennes, 1861.

Un ganglion de la pléiade inguinale gauche a acquis peu à peu le volume d'un œuf de poule et les signes de suppuration s'étant manifestés, on a essayé de faire rétrograder l'engorgement avec des vésicatoires iodés. Malgré eux un petit pertuis s'est établi, le pus inoculé au malade est resté sans effet.

Observation VII

(Robert Melchior.)

Un des ganglions de la pléiade était complètement suppuré ; le pus évacué et inoculé au malade est resté sans effet.

A ces quelques observations de Larat et de Robert Melchior, nous ajoutons nos observations personnelles.

Observation VIII

(Nous avons rédigé cette observation et les deux suivantes, sur les notes qu'a eu l'obligeance de nous fournir notre camarade Margarot, alors interne dans le service du professeur Vedel.)

E... P..., 25 ans, cultivateur.

Antécédents héréditaires. — Rien de bien important à noter ; le malade a encore son père, sa mère et deux

sœurs ; les uns et les autres ont toujours joui d'une bonne santé.

Antécédents personnels. — Le malade a été réformé à la suite d'une bronchite contractée au régiment.

Histoire de la maladie. — Il y a trois mois, apparition d'une petite érosion sur la face interne du prépuce ; à ce moment-là on ne constate aucun autre phénomène morbide.

Il y a 20 jours environ, le malade a éprouvé une douleur vague dans la région de l'aine des deux côtés, et n'a pas tardé à remarquer le développement à ce niveau de deux tuméfactions dures. Elles se sont ramollies en quelques jours, et se sont ouvertes spontanément.

E... P..., arrive le 11 juillet 1907, dans le service de M. le professeur Vedel, à l'hôpital Suburbain. Les lésions actuelles sont constituées uniquement par ces 2 bubons et par le chancre en voie de cicatrisation.

Le malade n'accuse aucun trouble fonctionnel.

Il n'a jamais eu de céphalée ni de douleurs osseuses nocturnes.

L'appétit est bon ; les digestions se font bien ; les selles sont normales.

On constate parfois de l'essoufflement et un peu de toux le matin, avec expectoration sans caractères spéciaux.

Il n'y a jamais eu d'hémoptysies. Il y a quelquefois de la tachycardie et assez souvent des transpirations nocturnes.

Le malade urine bien.

Examen. — L'érosion en voie de cicatrisation, qui paraît être l'accident primitif, occupe la face interne du prépuce du côté droit.

Les dimensions sont comme celles d'une lentille.

Il n'y a pas d'induration.

De chaque côté existe dans la région inguinale une ulcération ayant environ deux centimètres de long sur un centimètre de large.

Son grand axe est parallèle au pli de l'aine.

Les bords présentent une teinte violette très foncée, paraissent légèrement surélevés par rapport aux téguments voisins et sont décollés par endroits.

Le fond de l'ulcération est irrégulier, bosselé, de coloration grisâtre.

La peau qui entoure les deux bubons est violacée dans leur voisinage immédiat.

Le malade est maigre : les creux sus et sous-claviculaires sont assez marqués.

La percussion du thorax démontre l'existence, en avant et en arrière, d'une légère submatité au niveau du sommet droit. Au même niveau, on perçoit des vibrations exagérées.

L'auscultation permet de constater qu'au sommet droit en avant l'expiration est prolongée, soufflante ; en arrière, on n'observe aucune différence bien nette entre les deux sommets ; il n'y a pas de bruits anormaux.

On fait une application de pâte de canquoin sur les bubons.

Ceux-ci, traités aseptiquement, prennent une allure moins phagédénique, mais ne paraissent avoir aucune tendance à la cicatrisation.

Le 13 août, on constate l'existence sur la poitrine de quelques macules rosées, non saillantes, non prurigineuses. Le lendemain, l'éruption est complète ; une roséole très nettement caractérisée occupe à la fois le thorax, l'abdomen, la face antéro-interne des bras, des avant-bras et la face interne des cuisses. Les bubons sont toujours stationnaires.

On institue des injections de biiodure de mercure.

Le 22 août, la roséole ne s'est pas modifiée, mais l'ulcération du bubon est réduite de moitié, les bords sont toujours violacés, le fond bourgeonne.

Le 6 septembre, le malade ayant reçu 10 piqûres de 2 centigrammes de biiodure, veut sortir.

La roséole est en voie de disparition, le bubon gauche est entièrement cicatrisé, le bubon syphilitique droit présente un point dont les dimensions ne dépassent pas celles d'une pièce de cinquante centimes, au niveau duquel l'épidermisation n'est pas encore faite. Tout porte à croire que quelques jours de traitement de plus auraient amené une complète cicatrisation.

Observation IX

A... J., 37 ans, entre le 1er août 1907, à l'hôpital Suburbain, service de M. le professeur Vedel.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

Histoire de la maladie. — Le malade a observé, il y a environ trois semaines, une ulcération siégeant au niveau du prépuce ; cette ulcération est indolore, le malade s'en est aperçu incidemment et cela certainement quelques jours après son apparition, car au moment de son arrivée il était en pleine roséole.

Depuis, il a eu quelques maux de tête nocturnes et a éprouvé quelques douleurs dans la région inguinale gauche. Il ne tousse pas. L'appétit est normal, les digestions sont bonnes et les selles régulières.

Examen. — On trouve au niveau de la face interne du

prépuce, une ulcération large, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Sa coloration est rouge vif, sa forme est ovalaire, ses bords sont à peine saillants au-dessus de la surface de l'érosion et se continuent en pente très douce avec le fond de celle-ci.

La palpation du chancre indique l'existence d'une induration parcheminée.

Au niveau du pli de l'aine existe de chaque côté un engorgement ganglionnaire.

A droite, il s'agit d'une polymicroadénite avec un ou deux ganglions un peu plus gros que les autres.

A gauche, on observe une tuméfaction ayant la grosseur d'un œuf de pigeon ; elle est survenue huit jours après le chancre et présente son maximum au moment où rentre le malade.

A son niveau la peau est un peu rouge.

La palpation montre que cette tuméfaction présente une consistance spéciale suivant les points : à la périphérie, elle est un peu dure ; au sommet elle est molle et fluctuante. On trouve quelques petit ganglions durs et mobiles dans son voisinage.

Il existe sur le thorax et l'abdomen des macules rosées non saillantes et ne s'accompagnant pas de démangeaisons (roséole syphilitique).

L'examen du fond de la bouche est négatif ; il n'y a pas de plaques muqueuses.

L'examen somatique ne révèle rien d'anormal ; les bruits du cœur sont bien frappés ; l'auscultation ne démontre aucune différence respiratoire entre les deux sommets ; il n'y a pas d'albumine dans les urines.

On incise le bubon, il sort une goutte de pus épais mêlé de sang ; on institue en même temps le traitement biioduré.

15 août. — La roséole persiste encore ; le bubon ouvert à gauche est à peu près complètement cicatrisé.

20. — Réunion parfaite.

30. — La roséole est en voie de disparition. Le bubon est entièrement cicatrisé. La ligne de l'incision est un peu violacée.

On trouve cependant dans chacun des plis inguinaux de petits ganglions durs, mobiles, présentant tous les caractères de l'adénopathie syphilitique classique.

Observation X

S.. J..., 52 ans, homme de peine, Le Vigan, entre le 16 septembre 1907, dans le service de M. le professeur Vedel, à l'hôpital Suburbain.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels.— Bonne santé habituelle.

Alcoolisme ?

Histoire de la maladie. — Il y a 3 semaines, le malade a observé au niveau du prépuce l'existence d'une ulcération ; un mois avant son apparition, il aurait eu, nous dit-il, un coït suspect. Depuis 8 jours des glandes ont apparu au niveau des aines, mais tandis que du côté gauche il n'éprouvait ni douleur ni gêne quelconque, à droite il a ressenti une douleur assez vive.

Il a eu en même temps quelques maux de tête nocturnes.

L'appétit est normal ; le tube digestif paraît bon ; on ne trouve rien du côté de l'appareil pulmonaire.

Examen : 1° *Le chancre.* — On observe au niveau du prépuce une ulcération peu profonde ; elle est étendue, et s'étale en surface ; elle a à peu près 3 centimètres de

long sur 6 millimètres de large ; sa coloration est rouge vif ; il n'y a pas de suppuration, l'induration est simplement papiéracée.

2° *Le bubon.* — Dans la région inguinale droite existe une tuméfaction ovoïde présentant une coloration rosée. La palpation décèle l'existence d'un empâtement glandulaire plutôt que d'un ramollissement véritable. Cette exploration est douloureuse.

On ne trouve pas de roséole sur le corps, ni de plaques muqueuses dans la bouche ; les divers appareils ne présentent rien de particulier ; on institue le traitement biioduré.

20 septembre. —Une roséole maculeuse discrète commence à se montrer au niveau des flancs et à la base du thorax ; il n'y a toujours pas de plaques muqueuses.

Les ganglions inguinaux ont une tendance à s'effacer.

A droite la peau a pris sa coloration normale au niveau de la tuméfaction ganglionnaire, qui reste douloureuse et tendue sans point nettement fluctuant.

23 septembre. — Le malade sans perte de connaissance nous présente une paralysie faciale du côté gauche ; la langue n'est pas déviée.

(Nous nous contenterons de signaler simplement cette paralysie, car bien qu'elle soit intéressante, elle ne relève pas du sujet que nous traitons.)

La tuméfaction inguinale, qui présentait une allure inflammatoire assez nette, est à peu près complètement effacée ; le ganglion atteint n'est plus douloureux, il est dur, mobile et revêt en un mot tous les caractères classiques de l'adénopathie primitive de la syphilis; aussi nous arrêtons là cette observation.

Observation XI

(Due à l'obligeance de notre camarade Delmas, interne des hôpitaux)

R... J., 48 ans, chiffonnier, Montpellier, entre, le 24 décembre, à l'hôpital Suburbain, service du professeur Vedel.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. Le malade a une santé assez bonne.

Granulations au niveau des culs de sac conjonctivaux supérieurs de l'œil droit et de l'œil gauche.

Consécutivement à ces granulations, il a eu un pannus de la cornée de l'œil gauche qui a laissé un leucome central. Les cils sont tombés en grande partie. Du côté gauche, il y a un léger ectropion.

Le malade a été plusieurs fois dans le service pour sycosis parasitaire, dont la guérison s'est faite par l'atrophie des follicules pileux, ce qui fait qu'il a le menton glabre.

Il a, en outre, depuis son enfance, une pointe de hernie inguinale à droite.

Histoire de la maladie. — Le malade a observé, il y a quelques jours, l'existence d'un chancre sur la verge ; il n'a éprouvé aucune douleur à ce niveau, mais a souffert un peu de la tête, surtout le soir.

Son état général paraît bon.

L'appétit est normal ; les digestions se font bien ; il y a cependant un peu de constipation.

Il ne tousse pas.

Examen. — On trouve au niveau du sillon balano-pré-

putial et à droite une ulcération circulaire de faible dimension ; elle est recouverte par une fausse membrane grisâtre et présente une induration nette parcheminée.

Au niveau du méat, ou plus exactement de la fossette naviculaire, se trouve une seconde ulcération que l'on voit difficilement en faisant bailler les lèvres du méat ; elle présente aussi une induration très nette.

Dans le pli des aines, on remarque à droite une polymicroadénite constituée par des ganglions petits, durs, mobiles sous la peau et indolores.

Au dedans, on trouve une légère grosseur qui n'est autre que la pointe de hernie déjà signalée.

A gauche, on voit une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, rouge, douloureuse, fluctuante ; à côté de cela existent de petits ganglions durs, mobiles et indolents.

Il n'y a ni roséole ni plaque muqueuse.

L'examen des divers appareils ne révèle l'existence d'aucune particularité.

Du côté de l'œil existent les reliquats que nous avons signalés dans les antécédents personnels.

Le menton, qui a été le siège de sycosis, est glabre.

On incise le bubon ; il sort une quantité assez grande d'un pus jaune bien lié. On institue en même temps le traitement biioduré.

3 janvier 1908. — Le chancre du sillon balano-préputial est en voie de guérison ; celui de la fossette naviculaire est devenu plus visible, par suite de l'ulcération des bords du méat.

Le bubon incisé à gauche est entièrement cicatrisé. La ligne d'incision est brune, régulière et ne présente rien de particulier.

27 janvier. — Le chancre du sillon balano-préputial est

cicatrisé sans avoir laissé d'induration persistante ; celui de la fossette naviculaire et du méat est en bonne voie. On n'a pas encore observé de roséole ni de plaques muqueuses.

Dans les aines, on trouve de chaque côté des ganglions très petits, durs, mobiles et indolents.

CHAPITRE IV

Si nous essayons d'établir d'après les observations qui précèdent l'allure clinique habituelle du bubon syphilitique inflammatoire, nous voyons qu'il présente un certain nombre de caractères spécifiques.

En ce qui concerne le siège, nous voyons que dans certaines régions le bubon satellite paraît plus disposé qu'ailleurs à s'enflammer.

L'observation première de Larat, qui porte sur un bubon sous-maxillaire suppuré, confirme un fait établi par tous les classiques. On sait que les chancres des lèvres ou de la cavité buccale donnent lieu très souvent à des adénites de type inflammatoire aigu.

Le début de l'adénopathie n'a rien qui fasse prévoir la marche suppurative qu'elle prend dans la suite. On trouve dans l'aine ou dans la région anatomique où se rendent les lymphatiques du point où siège le chancre, des ganglions petits, durs, mobiles, résistants et non sensibles à la pression.

Au bout de quelques jours, spontanément ou sur l'influence de la fatigue, l'un des ganglions, généralement celui qui constitue l'étoile de première grandeur de Diday, occasionne du malaise, de la gêne dans les mouvements, devient douloureux et sensible à la pression ; à ce moment la peau conserve encore sa coloration normale ;

la tumeur reste mobile ; la douleur est limitée au tissu ganglionnaire, en un mot il n'y a pas de périadénite ; c'est ce qui ressort plus particulièrement des observations IV et V de Larat ; nous n'avons pu établir le même fait par nos observations, car au moment où nous avons vu nos malades pour la première fois, la suppuration s'était déjà établie.

Ce début inflammatoire purement ganglionnaire est tout à fait différent de celui du bubon syphilo-inflammatoire décrit par les classiques.

D'après Mauriac, toutes les fois qu'un ganglion syphilitique évolue vers la suppuration, les phénomènes inflammatoires débutent le plus souvent non dans le ganglion lui-même, mais dans le tissu cellulaire qui l'entoure. Certains prétendent même que « sous la plaque inflammatoire sous-cutanée, on retrouve le ganglion encore indolent et sans phénomènes inflammatoires aigus, ayant son aspect syphilitique conservé, sans traces d'inflammation du tissu cellulaire profond ; il y a périadénite aiguë sans adénite aiguë. » (Berdal, *Traité pratique de la Syphilis.*)

Les observations de Larat paraissent avoir fait justice de cette opinion ; nous verrons dans la suite que l'évolution spéciale du bubon syphilitique suppuré ne se comprendrait pas, s'il s'agissait d'une périadénite banale et non d'une adénopathie spécifique inflammatoire.

Au bout de cinq à six jours, les phénomènes douloureux dont le ganglion est le siège, peuvent rétrocéder. Le ganglion conserve sa mobilité et sa dureté, il ne reste aucune trace de cette légère poussée inflammatoire.

Cette cessation du processus phlegmasique s'observe le plus souvent spontanément ou aidé de soins très simples

(repos, bains, cataplasmes émollients, hygiène appropriée, etc., Mauriac) (Observation V de Larat.)

D'autres fois, le ganglion évolue vers la suppuration ; les douleurs, jusque-là sourdes et consistant surtout en une sensation de malaise et de gène, deviennent lancinantes et pulsatiles ; à son niveau, la peau présente une coloration rosée ; la tuméfaction prend rapidement le volume d'une grosse noix ou d'un œuf de poule.

La palpation démontre que le ganglion a perdu sa mobilité primitive ; il adhère à la peau et aux tissus profonds ; son sommet devient bientôt pâteux, puis se ramollit et présente alors de la fluctuation.

Cette suppuration ne s'accompagne généralement pas de phénomènes généraux ; cependant, dans quelques cas, on a pu noter une légère élévation thermique, quelques frissons, ainsi que l'état saburral des premières voies digestives.

A ce stade, la résolution est encore possible, d'après Fournier, et cette résorption du pus serait caractéristique de nombreux bubons syphilitiques présentant une allure inflammatoire aiguë.

Les observations de Larat ne paraissent pas vérifier cette opinion du célèbre syphiligraphe et, dans sa thèse, il prétend que, dans les adénites syphilitiques coïncidant avec le chancre de même nom, la peau rougit et le ganglion s'abcède de lui-même comme dans une adénite ordinaire.

Mauriac admet la possibilité de la résorption du liquide d'un ganglion fluctuant, mais dans certaines conditions seulement. Pour lui, lorsqu'on assiste au ramollissement d'un ganglion syphilitique, on a affaire tantôt à une inflammation ganglionnaire ou périganglionnaire à marche aiguë rapide, avec phénomènes douloureux assez vifs, rougeur intense de la peau et suppuration véritable ; tantôt à un

processus semi-inflammatoire à marche lente chronique, s'accompagnant de douleurs peu vives, d'une rougeur de la peau moins marquée et dont la fluctuation est due à un liquide séreux, froid, bien différent du pus phlegmoneux.

Dans le second cas, il se produirait, d'après Mauriac, une nécrobiose spécifique susceptible de régresser bientôt, en même temps que se résorberaient les produits morbides. Un ganglion syphilitique fluctuant ne pourrait donc guérir sans s'abcéder que dans les cas où son évolution aurait été simplement subaiguë. L'observation X de notre thèse ne paraît pas vérifier l'opinion de Mauriac; en effet, chez le malade dont nous rapportons le cas, l'engorgement ganglionnaire n'a pas eu une marche lente et une résorption tardive; sans doute les phénomènes inflammatoires ont été peu marqués mais l'aspect même de l'empâtement observé au niveau du ganglion allait à l'encontre de l'hypothèse d'un contenu séreux, ils avaient malgré tout une allure phlegmoneuse très différente du tableau clinique que fait Mauriac des ganglions enflammés susceptibles de se résorber.

La terminaison spontanée d'un ganglion syphilitique suppuré paraît donc possible, au moins dans certaines circonstances que nous préciserons plus tard ; le plus souvent, cependant, l'ouverture de l'abcès ganglionnaire est la règle, soit qu'elle se fasse spontanément, soit qu'un médecin la provoque par un coup de bistouri.

Dans les observations I-III-IV citées par Larat, et IX et XI que nous rapportons dans notre thèse, le bubon syphilitique suppuré a été incisé. Dans chacun de ces cas, l'ouverture a donné issue à un pus phlegmoneux, bien lié, ne contenant pas de grumeaux et tout à fait analogue au pus d'une inflammation franche.

Dans les observations II-VI que nous rapportons

d'après Laral, ainsi que dans notre observation VIII, l'ouverture s'est faite spontanément. Nous avons même noté dans ce dernier cas l'évolution phagédénique de l'ulcération ganglionnaire.

Nous avons étudié l'histoire du bubon syphilitique qui prend une allure inflammatoire aiguë ; nous avons assisté à l'apparition de la douleur, de la rougeur et de la tuméfaction ; nous avons indiqué quelle en était la terminaison : résolution spontanée dans quelques cas, ouverture avec évacuation du pus chez la plupart des malades ; il nous reste à voir quelle est l'évolution de l'adénopathie syphilitique à marche suppurative.

D'après les classiques (Fournier, Mauriac, etc.), cette évolution est très rapide ; l'évacuation du pus continue pendant quelques jours, puis la réparation commence. « La guérison a lieu un septenaire ou deux après le début, quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard, quand l'abcès est considérable et que le ganglion dénudé de toutes parts et sur les côtés vient faire saillie entre les lèvres de l'abcès. Le pus, en effet, ne se forme généralement pas en pareil cas dans l'intérieur du ganglion, mais dans l'atmosphère du tissu cellulaire qui l'entoure. Aucun processus d'ulcération ne s'établit dans le foyer à moins que le chancre infectant ne soit mixte, c'est-à-dire chancrelleux ou syphilitique. » (Charles Mauriac, *Leçons sur les maladies vénériennes professées dans le Midi*, 1890).

L'auteur que nous venons de citer considère les suppurations inguinales consécutives à des adénites syphilitiques, comme des phlegmons cellulaires localisés autour des ganglions, sans que ceux-ci participent en aucune façon à cette suppuration. L'évolution de ces suppurations ne saurait dès lors être différente de celle d'un

abcès ordinaire et la terminaison rapide notée par les classiques paraît s'expliquer de la façon la plus aisée.

Aucune de nos observations ne nous a permis de constater l'existence d'un foyer de suppuration périganglionnaire, nous l'avons déjà indiqué plus haut; d'autre part il ne nous a pas paru que dans tous les cas de bubon syphilitique suppuré, l'évolution ait toujours été rapide et superposable absolument à celle d'un abcès chaud.

Il est un point que dans nos recherches nous n'avons trouvé signalé nulle part, mais qui cadre très bien avec nos connaissances actuelles sur la syphilis: c'est que l'évolution du bubon syphilitique suppuré est très différente suivant que le traitement mercuriel a été oui ou non prescrit.

Toutes les fois que la syphilis a été méconnue au début des accidents, on n'a observé aucune tendance des bubons à la réparation.

Notre observation VIII nous en offre un exemple frappant :

20 jours avant son arrivée à l'hôpital était apparu, au niveau de chacune des deux aines, un bubon douloureux et fluctuant qui s'était rapidement ouvert spontanément.

Au moment où nous avons eu l'occasion de l'observer pour la première fois, nous avons trouvé de chaque côté une ulcération phagédénique dont les dimensions étaient d'environ 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large ; ses bords présentaient une teinte violette très foncée, étaient décollés par endroits et paraissaient légèrement surélevés par rapport aux téguments voisins; le fond était irrégulier, bosselé et de coloration grisâtre. Le chancre ne présentant pas d'induration et aucun accident secondaire n'étant apparu, on avait porté le diagnostic de chancre mou accompagné de bubon suppuré. Une appli-

cation de pâte de canquoin sur le bubon en régularisa un peu les bords, mais les pansements antiseptiques qui suivirent ne modifièrent en rien chacune des deux ulcérations; un mois après. l'apparition d'une roséole fait porter le diagnostic de syphilis ; on institue de suite des injections de biiodure de mercure ; 8 jours après, les bubons présentent déjà une tendance très nette à la cicatrisation ; au bout de 20 jours, ils sont entièrement cicatrisés.

Si nous résumons les faits, nous voyons par conséquent que le bubon syphilitique suppuré de notre malade, apparu 20 jours avant son entrée à l'hôpital et ayant présenté jusqu'à ce moment-là une aggravation progressive, est resté stationnaire grâce aux applications antiseptiques qui furent faites pendant un mois, mais n'a évolué vers la cicatrisation qu'après l'institution du traitement mercuriel ; dès que les injections bi-iodurées ont été prescrites, l'évolution a été rapide, la guérison s'est faite en 20 jours.

Si nous consultons les observations de Larat, nous voyons que les bubons syphilitiques suppurés ont tous guéri dans un espace de temps très court. Le malade qui fait l'objet de son observation première, a son bubon incisé le 2 septembre 1881; il sort le 20 guéri, c'est-à-dire 18 jours après. Chez le malade de l'observation n° II le bubon se cicatrise 8 jours après son ulcération spontanée.

Le malade de l'observation n° III a son bubon ouvert le 2 mars ; il sort le 15 complètement guéri (13 jours après).

Dans l'observation IV le bubon est incisé le 20 juillet ; le 27, il est entièrement cicatrisé (7 jours).

Dans notre observation IX, le bubon est incisé le 3 août; le 15, il est à peu près complètement cicatrisé ; le 20 la réunion est parfaite.

Dans notre observation XI, le malade est incisé le 24 décembre ; le 3 janvier, il est entièrement guéri.

Dans tous ces cas le traitement bi-ioduré avait été institué dès le début ; il faut donc les opposer très nettement à notre VIII[e] observation.

L'évolution du bubon syphilitique suppuré est donc très différente suivant que le traitement biioduré a été prescrit ou non. Dans le premier cas cette évolution est assez rapide, la guérison se fait en quelques jours ; dans le second on ne trouve aucune tendance à l'évolution spontanée ; l'ulcération persiste, s'agrandit même, peut, comme nous l'avons vu, se compliquer de phagédénisme et c'est seulement lorsque le traitement spécifique tardif entre en scène que la guérison peut se faire.

La cicatrice d'un bubon syphilitique suppuré, incisé et dont le porteur a été soumis au régime mercuriel dès le début, est généralement linéaire, souple, non violacée ; la palpation pratiquée à son niveau ne révèle l'existence d'aucun ganglion induré sous-jacent.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du bubon syphilitique de type inflammatoire est à considérer aux deux moments principaux de son évolution. D'abord à la période d'induration du début, ensuite au moment de l'apparition des phénomènes inflammatoires.

Nous dirons peu de choses du diagnostic différentiel du ganglion mobile et indolent de la phase première ; entrer dans de longs développements à ce sujet, serait nous écarter du point spécial que nous traitons et, d'autre part, nous ne ferions que répéter ce qui se trouve dans tous les classiques.

Nous nous bornerons simplement à faire le diagnostic du bubon syphilitique suppuré lorsque les phénomènes inflammatoires sont déjà installés.

En présence d'une tuméfaction rouge, chaude, douloureuse et fluctuante, siégeant en une région où se trouvent des ganglions lymphatiques, nous devons établir que nous avons affaire à une adénite.

1° Au niveau de l'aine l'absence de phénomènes généraux alarmants, tels que vomissements, petitesse du pouls et les caractères particuliers de la grosseur inflammatoire éviteront de confondre cette adénite avec une hernie crurale étranglée ; cette erreur est rendue encore

difficile par ce fait que la seule adénite susceptible de faire croire à une hernie crurale étranglée a pour siège le ganglion de Cloquet et ce ganglion n'est pas habituellement engorgé au début de l'infection syphilitique.

On ne confondra pas non plus un bubon suppuré avec une hernie inguinale étranglée, ou encore avec l'inflammation d'un vieux sac herniaire vide ; l'évolution de la tumeur dont le début s'est fait par un petit ganglion dur et mobile, la netteté de la fluctuation dans le cas d'adénite inguinale permettent d'éviter la confusion.

Une orchite survenant sur un testicule ectopique, une poussée inflammatoire d'un kyste du cordon ou du canal de Nück ont un siège un peu différent et s'accompagnent de commémoratifs qui rendent généralement l'erreur impossible.

Un diagnostic qui n'est généralement pas très difficile, mais qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit si l'on veut éviter parfois des accidents redoutables, c'est celui d'une adénite inguinale suppurée avec un anévrysme de l'iliaque externe.

Il arrive très souvent en effet que le ganglion enflammé soit situé immédiatement au-dessus des vaisseaux, au point où il passe sous l'arcade crurale et que, par suite, il soit animé de battements. D'autre part, un anévrysme de l'artère iliaque externe, perceptible au niveau du pli de l'aine, peut par la compression qu'il exerce au niveau du tégument, déterminer l'apparition des phénomènes inflammatoires et présenter un tableau clinique assez analogue à celui d'un abcès chaud. La recherche de tous les caractères des dilatations artérielles et surtout l'étude des commémoratifs, permettent généralement d'éviter la confusion.

Un phlegmon sous-cutané périganglionnaire peut éga-

lement, dans certains cas, faire croire à une adénite suppurée; l'évolution seule de la tumeur qui, dans ce dernier cas, a été d'abord dure et indolente et la constatation d'une polymicroadénite de voisinage, permettront généralement de faire le diagnostic.

2° Au niveau de la région sous-maxillaire, le diagnostic est également à faire avec toutes les lésions inflammatoires ou hyperplasiques de cette région.

Nous avons porté le diagnostic d'adénite suppurée, il nous reste à rechercher la cause de cette suppuration, en d'autres termes, nous devons faire le diagnostic du bubon syphilitique enflammé avec les bubons reconnaissant une autre origine. Une adénite suppurée peut être une détermination ganglionnaire d'une maladie générale ou, au contraire, le retentissement sympathique d'une lésion de voisinage. Le bubon syphilitique primaire rentrant dans cette dernière catégorie, la présence seule du chancre nous permettra de ne pas croire à un simple épisode d'une affection générale. Nous n'aborderons pas par conséquent la discussion des différents diagnostics du bubon syphilitique suppuré avec les suppurations ganglionnaires des maladies infectieuses. De toutes les suppurations ganglionnaires de cause générale, le bubon strumeux, par sa fréquence, mérite seul de nous arrêter quelques instants. La confusion de ces adénites avec un ganglion syphilitique suppuré, n'est guère possible ; le bubon strumeux ne constitue généralement pas une lésion isolée ; il coexiste avec des signes évidents de scrofule, son évolution est lente, ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux bien net. La suppuration s'établit d'une façon tardive, est précédée d'empâtement, la consistance de la tumeur est inégale suivant les points. Lorsque l'ouverture se fait, l'écoulement d'un pus séreux, grume-

leux, mal lié et les caractères des bords de l'ulcération (amincis, décollés, violacés), constituent la signature d'une suppuration tuberculeuse ; enfin, la lésion n'a aucune tendance nette vers la cicatrisation et la guérison, lorsqu'elle s'opère, ne se fait qu'au bout de longs mois. Au contraire, dans le cas de bubon syphilitique enflammé, les phénomènes phlegmasiques sont francs, l'évolution rapide ; il y a, en un mot, entre le bubon strumeux et le bubon syphilitique qui nous occupe, toute la différence qui existe entre un abcès froid et un abcès chaud.

Nous ne voulons pas, dans un chapitre de pur diagnostic clinique, soulever une question doctrinale que nous ébaucherons dans un chapitre suivant, et discuter la possibilité d'une association syphilo-strumeuse au niveau d'un ganglion. Depuis Ricord, le *scrofulate de vérole* est assez bien connu des syphiligraphes, il s'agit dans ce cas de la dégénérescence strumeuse d'un ganglion engorgé de la période secondaire ; mais la seconde affection détermine de telles modifications dans la symptomatologie de la glande qu'elle frappe, imprime tellement sur les ganglions son cachet particulier que la syphilis perd absolument tout droit d'héritage ou de préséance (Larat).

La seconde hypothèse dans laquelle nous devons nous placer pour faire le diagnostic du bubon suppuré, est la suivante : il y a suppuration ganglionnaire, consécutive à une lésion locale voisine ; quelle en est la nature ?

D'après Ricord, cette question ne comporte que trois réponses :

1° Le bubon suppuré complique un chancre mou ;

2° Il est apparu à la suite d'une blennorrhagie ;

3° Il résulte d'une infection lymphatique, banale, déterminée par une érosion superficielle, non spécifique, due par exemple à un traumatisme.

Les observations que nous apportons, nous permettent d'établir la possibilité d'une quatrième hypothèse : le bubon suppuré peut être consécutif à un chancre syphilitique. Nous avons vu quels étaient les caractères positifs de ce bubon; il nous reste pour en faire le diagnostic, à les opposer aux caractères des trois autres sortes d'adénites que nous venons d'énumérer.

Le bubon du chancre mou a un début qui rappelle en grande partie celui du bubon qui nous occupe ; ce sont des douleurs identiques, c'est la même gêne de la marche, c'est la même ébauche de quelques phénomènes généraux. Cependant, dès le début de l'inflammation, il est possible de soupçonner la nature spéciale de celle-ci : en effet, si nous laissons de côté l'examen clinique du chancre dont l'agent causal ne peut souvent être établi, nous voyons que le bubon du chancre mou apparaît généralement presque aussitôt après le chancre lui-même. La tuméfaction ganglionnaire commence en même temps que la douleur et que les autres phénomènes inflammatoires ; au contraire, dans le bubon syphilitique suppuré, l'apparition de la suppuration est plus tardive ; avant de rougir, d'adhérer à la peau et de causer de vives souffrances, le ganglion a été dur, mobile et indolent.

D'autre part, dans le cas d'adénite syphilitique, on trouve dans le voisinage du ganglion enflammé d'autres petits ganglions qui ont conservé les caractères classiques de l'adénopathie de la vérole. On n'observe rien de tel lorsqu'il s'agit d'un bubon consécutif à un chancre mou : l'inflammation est monoganglionnaire.

Les phénomènes inflammatoires sont généralement plus violents, lorsqu'il s'agit d'un bubon chancrelleux, que lorsqu'il s'agit d'un bubon syphilitique suppuré.

Lorsque l'ulcération se produit, elle devient elle-même

souvent chancreuse, peut être envahie par le phagédénisme ; le pus inoculé au porteur détermine souvent l'apparition d'un chancre mou. Le bubon syphilitique, au contraire, n'est pas auto-inoculable.

Enfin l'évolution du bubon chancrelleux, sans être très lente, est généralement beaucoup plus longue que celle du bubon syphilitique à type inflammatoire.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic que nous pourrions faire entre le bubon syphilitique suppuré et le bubon blennorrhagique ; seuls, les commémoratifs éviteront toujours une pareille confusion.

Quant au diagnostic du bubon suppuré syphilitique, il est à la fois très simple et très compliqué.

Il est très simple si l'on envisage le cas d'une érosion banale ayant déterminé une infection ganglionnaire ; les caractères de l'érosion et l'apparition des autres signes de la syphilis ne rendent généralement pas très longue l'hésitation.

En revanche, ce diagnostic serait très compliqué, si en présence d'un chancre nettement induré et d'une adénopathie suppurée consécutive, on voulait savoir si la suppuration est de nature syphilitique ou si elle reconnaît pour cause une infection secondaire à laquelle le chancre aurait servi de porte d'entrée.

Nous nous contentons de signaler le problème sans prétendre aucunement le résoudre, nous nous proposons de revenir sur cette question purement doctrinale en essayant dans un des chapitres suivants d'esquisser la pathogénie des bubons syphilitiques suppurés. L'efficacité du traitement mercuriel est telle que nous pouvons croire à la spécificité de la suppuration des adénopathies syphilitiques et nous fournit en même temps un nouveau moyen de diagnostic.

Le professeur Fournier disait à propos du diagnostic rétrospectif de la syphilis primaire, que lorsqu'on trouve une cicatrice de bubon suppuré, on peut conclure mathématiquement à l'existence d'un chancre mou. Nous croyons avoir montré par notre étude combien on aurait tort d'accepter cette proposition comme ne comportant aucune exception.

En présence d'une cicatrice de bubon suppuré, nous songerons à un bubon strumeux, si elle est irrégulière, déprimée, adhérente, blanchâtre ; nous songerons à un bubon chancrelleux, si elle est irrégulière et semble avoir été précédée de phagédénisme.

On pourra soupçonner la syphilis toutes les fois que la cicatrice sera régulière.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le pronostic est bénin, lorsqu'on envisage le bubon syphilitique suppuré comme une simple lésion locale. Convenablement traité, il guérit généralement en quelques jours.

Le pronostic général est celui de la syphilis, et par conséquent est sérieux.

CHAPITRE VII

COMPLICATIONS

Larat prétend que le bubon syphilitique se complique rarement de phagédénisme : nous en rapportons cependant un exemple. Dans tous les cas que nous citons, l'évolution du bubon s'est faite sans incident fâcheux, ce qui nous permet de dire qu'avec un traitement bien dirigé dès le début on peut éviter toutes les complications.

CHAPITRE VIII

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les auteurs qui ont signalé l'existence des bubons syphilitiques suppurés, ont tous considéré que l'inflammation aiguë était dans tous ces cas déterminée par une infection surajoutée. Pour eux, l'adénopathie syphilitique étant, selon l'expression de Ricord, froide et anaphlegmasique dans son essence, le virus syphilitique ne peut jamais être un agent de suppuration ; aussi la plupart ont-ils essayé de mettre en évidence des éléments étiologiques accidentels, dont la présence paraisse justifier leur interprétation des faits.

D'après Mauriac, la suppuration ne se produit guère « que sous l'influence de causes d'irritation surajoutées (marche, fatigue, excès, malpropreté, absence de pansement ou pansements irritants, cautérisation, excitation du chancre par l'urine ou les matières fécales), ou encore de coïncidence morbide (urétrite, vulvite, balano-posthite, phimosis, paraphimosis, etc.) ». Il n'y a nul doute que ces causes n'interviennent pour une part très grande dans la production de la suppuration ganglionnaire. La fatigue, le traumatisme peuvent évidemment dans beaucoup de cas jouer un rôle considérable, mais ne sauraient agir que comme cause prédisposante. Quant aux infections secondaires qui peuvent se produire au niveau du chan-

cre, il est très possible qu'elles déterminent l'inflammation banale du ganglion induré ; la fréquence des adénites inflammatoires sous-maxillaires consécutives à des chancres de la cavité buccale, qui est un milieu éminemment septique, semble en être une des meilleures preuves.

Il n'est pas défendu à un ganglion déjà malade de s'infecter secondairement. Il est probable que beaucoup de ganglions syphilitiques suppurés ne suppurent pas pour leur propre compte et que des éléments microbiens introduits à la faveur de l'ulcération chancreuse soient les seuls agents responsables ; mais il n'est pas certain que dans tous les cas de bubons syphilitiques suppurés il existe une infection secondaire.

Les caractères spéciaux de l'adénite suppurée de la vérole nous permettent de penser que le virus syphilitique peut être pyogène dans certaines circonstances. La résolution spontanée très fréquemment observée chez les malades soumis au traitement mercuriel, la guérison rapide de l'adénite sous l'influence de la médication hydrargyrique, constituent des faits en faveur de notre manière de voir.

Notre étude purement clinique ne saurait avoir pour conclusion des théories pathogéniques nouvelles tant que le laboratoire n'aura pas démontré la présence exclusive du *Treponema pallidum* dans les ganglions syphilitiques suppurés, comme il en a déjà décelé la présence dans les bubons primaires classiques (1).

---

(1) Le tréponème a été trouvé avec une grande fréquence dans les adénites inguinales, dans les ganglions sous-mentaux consécutifs à un chancre du menton (Hoffmann, Roscher) et dans les ganglions sous-maxillaires dans le cas de chancre des lèvres (Ros-

La seule chose que nous puissions dire, c'est que le bubon syphilitique suppuré ne ressemble cliniquement à aucun autre bubon, que la condition essentielle de sa guérison paraît être le traitement mercuriel et qu'à ces différences d'évolution doivent correspondre des différences de nature.

Le bubon primaire paraît suppurer pour son propre compte : il est logique de penser que le tréponème, dans certaines conditions encore mal déterminées, peut devenir un agent de suppuration.

---

cher). Cependant, « dans un cas de chancre de la paupière supérieure contenant de nombreux tréponèmes, Kowalewski ne put en déceler aucun dans le suc extrait par ponction des ganglions préauriculaires et cervicaux » (Levy-Bing).

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Lorsque le bubon syphilitique ne présente pas encore une fluctuation bien franche et que les phénomènes inflammatoires ne sont pas très marqués, on peut espérer la résolution spontanée. Au traitement général mercuriel, le seul réellement efficace, on pourra ajouter des applications locales, émollientes (cataplasme de farine de lin) ou encore des frictions à l'onguent napolitain belladoné ; on laissera le malade en repos au lit, on prescrira un régime léger.

Si la fluctuation est nette, les douleurs vives et dues surtout à la tension du pus, il y aura intérêt à inciser, bien qu'encore à ce stade la résolution soit possible au dire de quelques-uns. Le pus évacué, on fera des pansements aseptiques.

Si enfin le bubon s'est ulcéré spontanément, on pourra activer la réparation cicatricielle par des applications antiseptiques. Si la plaie se complique de phagédénisme, on facilitera la réparation en détruisant les tissus sphacélés par des caustiques (pâte de canquoin par exemple). Mais dans tous les cas, c'est le traitement général mercuriel qui devra occuper la première place.

CONCLUSIONS

1° La loi de Ricord, qui veut que *le bubon syphilitique ne suppure jamais,* vraie dans la majorité des cas, souffre des exceptions sur lesquelles l'attention n'a pas été suffisemment attirée, et qui sont peut-être plus nombreuses qu'on ne le croit généralement.

2° Le bubon syphilitique suppuré présente un tableau clinique qui se rapproche de celui d'une adénite aiguë banale ; il s'en distingue cependant par ce fait qu'il est toujours indolent au début, qu'au moment où les phénomènes inflammatoires paraissent à leur maximum il est susceptible de résolution, et qu'enfin l'institution du traitement mercuriel peut seule en amener la rapide guérison.

3° Ce bubon ne ressemble en aucune façon au bubon du chancre mou ou au bubon strumeux, et paraît dépendre d'un processus spécial qui n'est ni celui du bubon du chancre mixte ni celui du scrofulate de vérole.

4° Il est possible que la suppuration soit le résultat d'une infection secondaire faite à la faveur de l'érosion chancreuse, quoique les rapides résultats donnés par la médication hydrargyrique permettent de supposer que le bubon syphilitique suppure pour son propre compte.

5° Mais notre but n'a pas été de rechercher si le tréponème peut être ou non pyogène dans certaines circons-

tances ; nous avons voulu simplement attirer l'attention sur des faits cliniques qui, méconnus, peuvent donner lieu à de graves erreurs.

Nous nous estimerions heureux si la lecture du seul titre de notre thèse pouvait mettre en garde contre une théorie trop absolue tous ceux qui, sur la foi des classiques, sont trop enclins à éliminer d'emblée le diagnostic de syphilis lorsqu'ils sont en présence d'un bubon suppuré.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 28 février 1908
Pr le Recteur,
Le Vice-Présid. du Conseil de l'Université,
MAIRET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 28 février 1908
Le Doyen
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ricord. — Traité des maladies syphilitiques.

Robert (Melchior). — Nouveau traité des maladies vénériennes, 1861.

Fournier (Alfred). — Traité de la syphilis.

— Leçons sur la syphilis (clinique de l'hôpital Lourcine).

Mauriac (Charles). — Syphilis primitive et syphilis secondaire.

— Leçons sur les maladies vénériennes, professées à l'hôpital du midi, 1890.

Jullien. — Traité des maladies vénériennes.

Rollet. — Traité des maladies vénériennes.

Dechambre. — Dictionnaire.

Diday. — Traitées des maladies vénériennes et cutanées, 1876.

Lévy-bing. — Le microorganisme de la syphilis.

Guérin. — Maladies des organes génitaux externes de la femme (Paris, 1864).

Martin et Belhomme. — Traité thérapeutique et pratique de la .syphilis.

Larat. — Thèse de Paris 1881. Bubon syphilitique suppuré.

Bureaux. — Thèse de Paris 1867.

Berdal. — Traité pratique de la syphilis (1902).

Auspitz. — Bubons de la région inguinale (Arch fur dermatologie und Syph., (1873).

Lancereaux. — Traité de la syphilis (1864).

Ambroise Paré. — De la grosse vérole (cinquante-neuvième livre).

Horteloup. — Adénopathie et lymphites syphilitiques. Annales de dermatologie (1877-1878).

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Léjars. — Affection des ganglions lymphatiques.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle a mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
